

	FARMACOVIGILANCIA INSTITUCIONAL 15	Código FV-01-OFVI.HER01
	RECEPCIÓN Y REGISTRO DE INFORMACIÓN	Versión No. 01
	FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE RAM/PRM DE MINSAL	Página 1 de 3

I. Reporte del evento Número/identificación del reporte local: _____ Número de notificación (NCA): _____

Título del reporte (*): **I + A + P + E / Exantema.** Fecha de notificación: **19-08-2025**

Forma que detecta el caso: Notificación espontánea Búsqueda activa Rumor Noticia Comentario Estudio

Otro (explique): _____

Tipo de evento: RAM Falla terapéutica Error de medicación Falsificado/Fraudulento Uso off -label Interacción

Intoxicación Exposición (Embarazada Sí No , Lactando Sí No , Semanas de gestación: _____ , edad del lactante: _____)

Grave (serio): Sí No

Razón de Gravedad: Muerte Amenaza la vida Anomalía Congénita o muerte fetal Hospitalización Sospecha de aborto

Discapacidad Incapacidad persistente o significativa Otra condición médica importante

II. Notificador **D. O. B.**

Nombre completo: **MAGDALENA ODETTE ESCALANTE** Profesión: **Médica**

Correo electrónico (*): **magdalenaodette@uniss.com.sv** Teléfono (*): **25930017**

Nombre del Establecimiento: **UMIS Septiembre 1955**

III. Información del Paciente

Nombre y Apellido o iniciales (*): **MENLEDES ESMERALDA ZEPEDA Lp** Sexo: M F

Número de Expediente clínico / DUI: **100812459** edad (años): **44** Peso: _____ Kg. Talla: _____ cm

Departamento y municipio de residencia: **SS. SS centro** Embarazo Sí No Semanas de embarazo: _____

IV. Historia Clínica

Fecha de detección/consulta: _____ Diagnóstico del evento: **Intoxicación medicamentosa**

Paciente fue hospitalizado: Sí No Fecha de ingreso _____ , Fecha de alta _____

Indicación de uso del medicamento: **TBPu/mora + BICL** Prescrito: Automedicado: Otro

Antecedentes Clínicos relevantes: **Uso de anti-fímicos.**

Exámenes de Laboratorio: _____

Reacciones Adversas/Problema relacionado a medicamento (*)	Fecha de inicio	Fecha de finalización	Acción tomada ante la reacción:
Rash.	8/7/25.	10/8/25	Tratamiento terapéutico <input type="checkbox"/> Medicamento retirado <input checked="" type="checkbox"/> Dosis aumentada <input type="checkbox"/> Dosis reducida <input type="checkbox"/> Dosis no modificada <input type="checkbox"/> Cambio de marca <input type="checkbox"/> Observación/seguimiento <input type="checkbox"/>

Resultado del manejo de la reacción: Recuperado sin secuelas Recuperado con secuelas No recuperado
 En proceso de recuperación Fallecido Se desconoce

¿Desapareció la reacción adversa al suprimir el medicamento sospechoso? Sí No No se sabe

¿Reapareció la reacción al reiniciar el medicamento sospechoso? Sí No No se sabe

¿Antecedente de reacción adversa con el medicamento sospechoso u otro del mismo grupo terapéutico? Sí No No se sabe

V. Medicamento

Nombre del Medicamento Sospechoso	Dosis en unidades por intervalo	Vía de Administración	Fecha de inicio	Fecha de finalización
Anti-fímico y drogas	500-5	ORAL	8/7/25	10/8/25
Medicamentos concomitantes:				

Otros datos del medicamento sospechoso

Nombre Genérico: **Anti-fímico Combinado 40mg** Concentración: **150-75-400-225**

Forma Farmacéutica: **Tableta** Presentación: **Tableta**

Nombre Comercial: _____ Registro Sanitario: **MA/DRUGS/KD-315**

Laboratorio Fabricante: **Suizera Europe BV** Lote: **SL3617** Vencimiento: **12/2026**

Firma y sello del Notificador: **Dra. Magdalena Odette Escalante Bonilla**
DOCTORA EN MEDICINA
J.V.P.M. No. 3910

Firma y sello del referente de FV

Calle Arce No 827, San Salvador, El Salvador. Dirección de Tecnologías Sanitarias, Oficina de Farmacovigilancia Institucional - MINSAL
 Teléfonos (503) 2591-7321; 7803-7461; correo electrónico: farmacovigilancia@salud.gob.sv